



AFTAD

Association Française
des Troubles Anxieux et de la Dépression



Les Journées de l'AFTAD

Les 7 - 8 novembre 2008

Hôtel Hilton Arc de Triomphe, Paris



Anxiétés < > Dépressions
Comprendre, prévenir, traiter



La prévention des troubles anxieux et de la dépression est possible

Corinne Martin-Guehl - Bordeaux



Modélisation de la prévention

**Modèle classique
(1957)**

Institute of Medicine (1994)

**Spectre
d'intervention**

Type d'intervention

Primaire

Prévention

Généralisée

Secondaire

Prévention

Sélective

Secondaire

Prévention

Indiquée

Identification cas

Traitement

Identification du cas

Traitement

Tertiaire

Traitement

Standard de traitement

Tertiaire

Maintenance

Compliance long terme

Maintenance

Post-cure

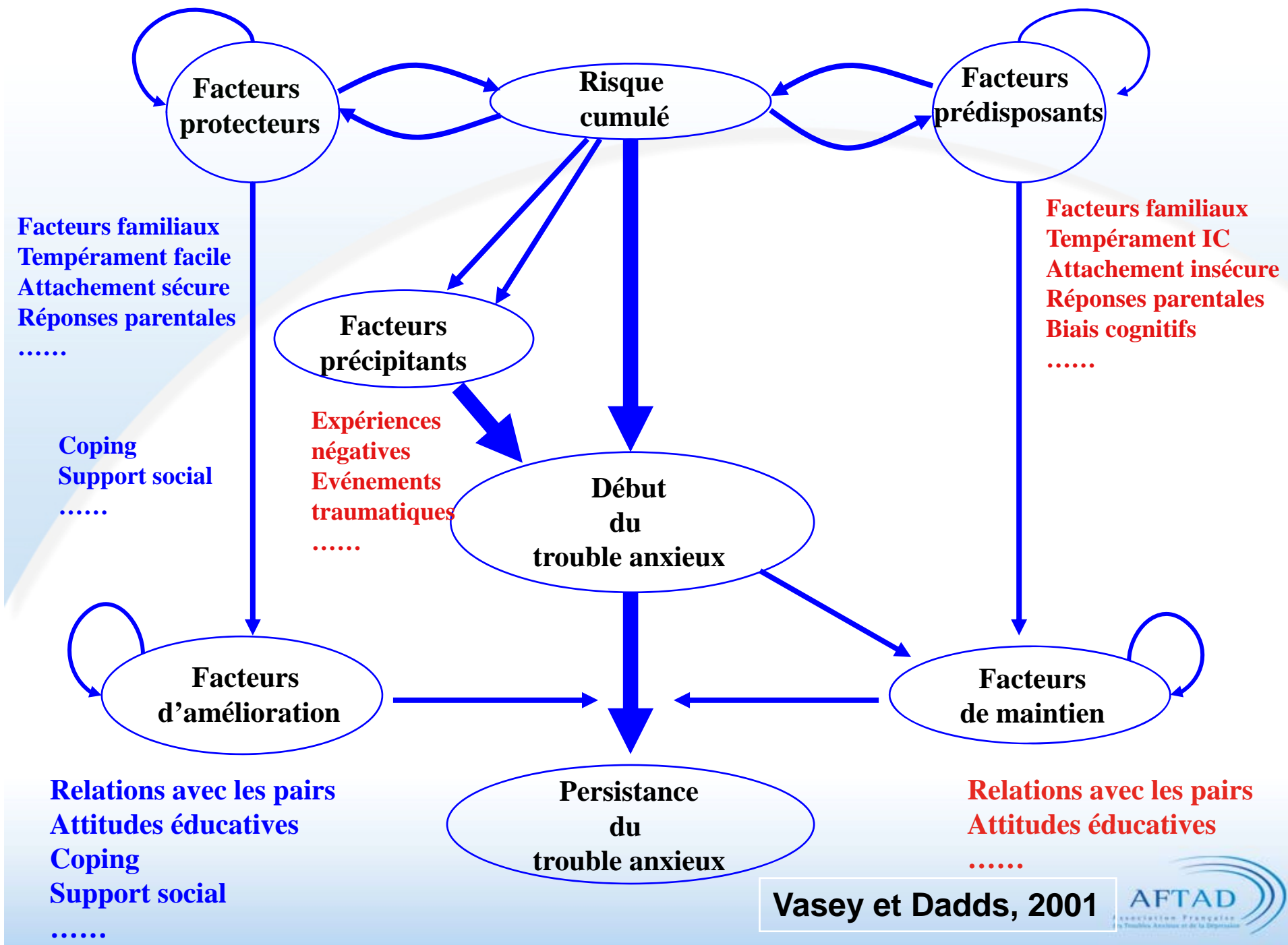
Dozois et Dorson, 2004

Stratégies de prévention

Leur mise en œuvre repose sur :

- La connaissance
 - des trajectoires des troubles
 - des facteurs prédisposants et précipitants
 - des facteurs protecteurs

Facteurs intervenant dans le développement d'un trouble anxieux et d'un trouble dépressif



Vasey et Dadds, 2001



Facteurs intervenant dans le développement d'une dépression

Facteurs cognitifs	Faible estime de soi Style d'attribution négatif Anticipation négative de l'avenir Désespoir Coping non fonctionnel
Facteurs familiaux	Dépression parentale Interactions parents-enfants dysfonctionnelles Conflit parental
Evénements de vie	Accumulation d'événements de vie négatifs : précoces / tardifs Grossesse Maladie physique entraînant un handicap
Facteurs individuels	Tempérament difficile Difficultés scolaires Manque de support social

Pourquoi prévenir l'anxiété ?

- Prévalence élevée à tous les âges de la vie
- 50 % des enfants qui présentent des symptômes anxieux sub-syndromiques, remplissent les critères d'un trouble 6 mois plus tard (Dadds et al., 1997).
- Retentit sur l'adaptation sociale, scolaire, professionnelle, affective, sexuelle.
- Favorise l'apparition de la consommation de substances et de la dépression
- Coût social élevé

Pourquoi prévenir la dépression ?

Années de vie perdues ou en invalidité
Estimation OMS*

2000

2020 (estimation Monde)

1 infections respiratoires basses 1 cardiopathies ischémiques

2 affections périnatales

2 dépression unipolaire

3 VIH / SIDA

3 accidents de la route

4 dépression unipolaire

4 maladies cérébrovasculaires

* Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la Santé dans le Monde. Genève: OMS 1997.

Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349: 1498-504.

Contenu des programmes de prévention

- Surtout basés sur des techniques de TCC :
 - Restructuration cognitive
 - Résolution de problèmes
 - Entraînement aux aptitudes sociales
 - Relaxation
 - Modeling
 - Programmes de groupe ± séances individuelles
 - Jeux de rôle
 - Groupes de discussion
 - Vidéo
- Hétérogènes : nbre séances, part psychoéducative, association ou non de l'environnement du sujet, intervenant... etc
- Quelques programmes sont basés sur les psychothérapies interpersonnelles

Programmes
de prévention généralisée
de l'anxiété
et de la dépression

Objectifs et avantages :

- Améliorer l'état de santé en général,
- Réduire l'incidence des troubles anxieux, et de la dépression,
- Lutter contre la stigmatisation liée à la maladie psychiatrique,
- Ne pas négliger des groupes à risque qui ne seraient pas encore identifiés ou mal identifiés par certaines procédures de sélection (Dierker et al., 2001; Silverman et Albano, 1997).

Santé mentale et fonctionnement émotionnel

- Programmes en milieu scolaire
- Techniques utilisées :
 - résolution de problèmes,
 - relaxation,
 - amélioration des compétences sociales.
- Efficaces pour accroître les compétences, et changer le fonctionnement adaptatif dans plusieurs domaines.
- (Méta-analyse sur 177 programmes Durlak et Wells, 1997) résultats maintenus dans le temps (Durlak, 1998).

Prévention généralisée du stress

- Programme **I CAN DO** : 13 sessions de prévention dans le cadre scolaire. Vidéo, groupes de discussion, jeux de rôle.
- Apprendre à gérer les situations stressantes : perte d'un proche, séparation parentale, déménagement, changement d'établissement scolaire.
- Encourager les enfants à constituer un réseau social.
- Evaluation 92 enfants en primaire = amélioration de la capacité à trouver des solutions face à des stress hypothétiques (Edwards et Merk, 1993).

Prévention généralisée du stress

- Chez l'adulte = programmes de prévention du stress au travail.
- Efficacité des stratégies de gestion du temps, de résolution de problème, de relaxation et d'exercices physique (Méta-analyse Godfrey et al, 1990).

Prévention généralisée de l'anxiété

- Programme **FRIENDS** (Barrett et Turner, 2001) élaboré pour prévenir l'anxiété de l'enfant.
- TCC, 10 sessions hebdomadaires, 4 sessions psycho-éducatives pour les parents, suivies de 2 sessions à 1 et 3 mois.
- Evalué chez des 10-12 ans dans 10 écoles :
 - 188 enfants intervention d'un psychologue,
 - 263 enfants intervention d'un enseignant,
 - 137 enfants groupe contrôle.
- psychologue et enseignant > contrôle pour l'anxiété auto-évaluée.

Prévention généralisée de l'anxiété

- Programme **FRIENDS** 10-13 ans, administré par l'enseignant vs liste d'attente (Lowry-Webster, 2001).
- Amélioration de l'auto-évaluation de l'anxiété significativement plus élevée dans le groupe suivant le programme.
- Les enfants du groupe recevant le programme avec des scores d'anxiété pathologique à l'évaluation de base, s'amélioraient sur les items de dépression.
- Les enfants du groupe contrôle, avec des scores d'anxiété pathologique à l'évaluation de base s'aggravaient sur les scores d'anxiété.

Prévention généralisée de la dépression

- **Ressourceful Adolescent Programm** (Shocher et al, 1997) :
- **RAP-A** : 11 sessions hebdomadaires pendant à l'école.
- Aptitude à se calmer devant un stress, restructuration cognitive et résolution de problèmes.
- 3 sessions spécifiquement consacrées aux changements de rôles durant l'adolescence, développement de l'aptitude à résoudre les conflits.
- **RAP-F** : + 3 sessions parents pour informer sur le développement normal à l'adolescence, stratégies pour améliorer l'estime de soi de l'ado, promouvoir l'harmonie familiale et gérer les conflits.

Prévention généralisée de la dépression

- Evaluation Rap-A vs RAP-F vs groupe contrôle ; pré et post intervention, et à 12 mois (Shochet et al, 2001).
- RAP-A = RAP-F > contrôles pour les scores de dépression et de désespoir.
- Adolescents avec scores de dépression et de désespoir sub-cliniques : 71 % post test et 75 % au follow-up ont retrouvé des scores normaux vs 31 et 41 % dans le groupe contrôle
- Aucun n'a présenté de scores pathologiques au post test et au follow-up vs 10,5 et 17,6 des contrôles

Autres stratégies préventives

- Amélioration de la santé physique (pratique du sport, des activités de plein air..) (Jeffer et Smith, 1990; Ströle, 2008) (Revue Cochrane, 16 études, Larun et al, 2006).
- Accueil péri-scolaire de bonne qualité (National Institute of Child Health and human Development, 1997).
- Amélioration de la santé psychosociale des mères (Revue Cochrane 26 études, Barlow et Coren, 2004).

Programmes de prévention sélective de l'anxiété

Groupes d'enfants à risque pour le développement d'un trouble anxieux

1- Enfants présentant des symptômes précoces d'anxiété sans satisfaire aux critères d'un trouble anxieux

2- Enfants de parents anxieux

3- Enfants de parents surprotecteurs et facilement critiques

4- Enfants avec un attachement de type insécur

5- Enfants présentant un tempérament de type inhibition comportementale

6- Enfants exposés à des événements traumatiques (accident, désastre environnemental...)

7- Enfants exposés à des situations de vie stressantes ou à des événements de vie négatifs (séparation parentale, hospitalisation, maladie grave, traitement douloureux, deuil...)

Programmes ciblant les relations parents-enfants

- Programmes d'intervention centrés sur l'amélioration de la qualité de l'attachement mère-enfant (Lieberman et al, 1991; Erikson et al, 1993; Manassis, 2002)
- Proposés à des mères de faible niveau socio-économique, de faible niveau d'éducation ou jeunes
- Amélioration de la compréhension des besoins de l'enfant et optimisation des réponses apportées à celui-ci
- Evaluation à court terme = amélioration de la qualité de l'attachement. Manque d'évaluation long à terme.

Prévention de l'anxiété liée aux événements de vie stressants

- Maladie d'un proche (Williams et al, 1997)
- Maladie grave (Marti et Landolt, 2002)
- Geste médical douloureux. (Weinstein, 1990; Melamed et al, 1978; Jay et al, 1987)
- Changement d'école : programme **STEP** School Transition Environment Project (Felner et al, 1988)
- Divorce parental : programme **CODIP** Children of Divorce Intervention Project (Pedro-Carroll et Cowen, (1985)

Prévention de l'anxiété post traumatique

- Procédure de debriefing pour prévenir le syndrome de stress post traumatique
- Les évaluations de ces interventions sont non concordantes
- Certaines études montrent une efficacité (Fitzgerald et al, 1993; Wollman 1993)
- D'autres vont dans le sens d'une inefficacité (Deahl et al, 1994)
- D'autres suggèrent un effet d'aggravation du debriefing (Bisson et al, 2000; Mayou et al, 2000; Cuijpers et al, 2005)
- Beaucoup de problèmes méthodologiques (moment, forme du debriefing)

Programmes de prévention sélective de la dépression

Enfants de parents dépressifs

- Programme basé sur une approche familiale (Beardslee et al, 2000, 2001, 2003), 93 familles, parents déprimés / 121 enfants 8-15 ans
- 1 groupe = 2 réunions sans les enfants vs 1 groupe = 6 à 11 sessions incluant des réunions enfants, des réunions parents et des réunions familiales + contacts téléphoniques à 6 et à 9 mois
- Dans les 2 groupes : matériel psychoéducatif sur les troubles de l'humeur, les facteurs de risques et de résilience. Interventions pour diminuer la culpabilité des enfants. Dans le 2ème groupe personnalisation de l'intervention
- Changement significatif du comportement des enfants dans les 2 groupes. Supérieur dans le 2ème groupe. Evolution parallèles parents/enfants. Diminution des scores anxiété dépression à mesure des évaluations à 1 an et 2 ans 1/2

Prévention de la dépression du post-partum (DPP)

- Nombreuses études / interventions très variées.
- Pas d'efficacité des interventions psychosociales; efficacité de programmes intensifs, délivrés par un professionnel (Revue Cochrane, Dennis et Creedy, 2004; Dennis, 2005).
- Programme de 4 sessions de thérapie interpersonnelle (Zlonick et al, 2001) : femmes enceintes avec au moins 1 facteur de risque de DPP réparties en 2 groupes. Différence significative à 3 mois de PP aucun cas de DPP groupe programme vs 18% groupe contrôle

Programmes de prévention indiquée de l'anxiété

Groupes d'enfants à risque pour le développement d'un trouble anxieux

- 1- Enfants présentant des symptômes précoces d'anxiété sans satisfaire aux critères d'un trouble anxieux**
 - 2- Enfants de parents anxieux**
 - 3- Enfants de parents surprotecteurs et facilement critiques**
 - 4- Enfants avec un attachement de type inséculaire**
 - 5- Enfants présentant un tempérament de type inhibition comportementale**
 - 6- Enfants exposés à des événements traumatiques (accident, désastre environnemental...)**
 - 7- Enfants exposés à des situations de vie stressantes ou à des événements de vie négatifs (séparation parentale, hospitalisation, maladie grave, traitement douloureux, deuil...)**
-

Enfants anxieux avec retrait social

- Programme visant à améliorer la qualité de l'attachement chez des enfants de maternelle anxieux avec un comportement de retrait (LaFrenière et Capuano, 1997).
- 43 enfants répartis en 1 groupe suivant le programme et 1 groupe témoin. 19 Interventions à domicile sur 6 mois.
- Mères du programme significativement moins intrusives et surprotectrices en fin d'intervention.
- Enfants plus compétents et volontaires dans des tâches de résolution de problèmes avec leur mère.
- Améliorations significatives du comportement social à l'école évalué par l'enseignant.

Enfants présentant des symptômes précoces d'anxiété

- **Queensland Early Intervention and Prevention of Anxiety Project** (Dadds et al, 1997, 1999)
- Enfants avec symptômes anxieux sub-syndromiques ou trouble anxieux d'intensité faible à modérée.
- 61 recevant un programme cognitivo-comportemental 10 sessions enfants 3 sessions parents / 67 enfants liste d'attente.
- Amélioration dans les deux groupes sans différence significative après l'intervention, à 6 mois différence significative 27% vs 57% de TA, à 12 mois 37% vs 42%, à 2 ans 20% vs 39%.
- Surtout intéressant pour les enfants sub-syndromiques : à 6 mois 16% vs 54 % de TA.

Programmes de prévention indiquée de la dépression

Enfants présentant des symptômes dépressifs précoces

- Programme basé sur la restructuration cognitive et la résolution de problèmes (Jaycox et al, 1994)
- 10-13 ans présentant des symptômes dépressifs sub-syndromiques
- Diminution immédiate du score de symptômes dépressifs et maintien des résultats à 2 ans (Gilham et al, 1995)

Adultes présentant des symptômes dépressifs sub-syndromiques

- Programme **Coping With Depression (CWD)** (Allart-van Dam et al, 2007)
- 104 adultes répartis en 1 groupe CWD et 1 groupe contrôle
- Efficace pour diminuer le niveau de symptomatologie initiale
- Ne prévient pas la survenue d'une dépression sur l'ensemble de l'échantillon à 1 an
- Le sous-groupe avec le niveau symptomatique le plus faible a bénéficié d'un effet préventif
- Quelques publications rapportent l'efficacité d'une intervention pharmacologique préventive (Rappaport et Judd, 1998)

La prévention en question(s)

La prévention est-elle efficace ?

- Littérature abondante,
- Accumulation de travaux argumentant l'efficacité de la prévention des troubles anxieux et dépressifs (Cuijpers et al, 2005),
- Méta-analyse de 19 études sur la prévention de la dépression (Cuijpers et al, 2008) montre une diminution de 22% des taux d'incidence de la dépression,
- Les programmes les plus efficaces semblent ceux qui se rapprochent le plus de programmes thérapeutiques (méta-analyse 30 études, Horowitz et Graber, 2006).

Diminution de l'incidence ou retard d'apparition ?

- Il n'est pas possible de dire si les programmes de prévention diminuent l'incidence des troubles ou augmentent leur délai d'apparition.
- Les follow-up publiés excèdent rarement 2 ans.
- Même si les programmes de prévention repoussaient le début des troubles sans les éviter complètement, ils seraient utiles.

Quel type de prévention ?

- La prévention généralisée de la dépression semble moins efficace que la prévention sélective ou indiquée (Cuijpers et al, 2008 ; Horowitz et Garber, 2007). Mais attention aux problèmes de méthode (Cuijpers, 2003).
- On ne retrouve pas de différence d'efficacité entre la prévention sélective et la prévention indiquée de la dépression (Cuijpers et al, 2008 ; Horowitz et Garber, 2007).
- La méta-analyse de Cuijpers et al, (2008) retrouve une efficacité supérieure de la psychothérapie interpersonnelle par rapport aux TCC. Horowitz et al, (2008) retrouvent une efficacité comparable des deux techniques.

Quelles perspectives ?

- Développer des études d'efficacité contrôlées,
- Mettre en place des follow-up longs,
- Dépister d'éventuels effets iatrogènes de la prévention généralisée,
- Poursuivre l'identification des facteurs de risque pour déterminer de nouveaux groupes-cible (par ex polymorphisme du transporteur de la sérotonine),
- Développer l'identification des facteurs protecteurs,
- Développer des études de coût-efficacité.